

担当医連絡票

年 月 日

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">医療機関</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">科</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">担当医</td><td></td></tr> <tr><td>FAX:</td><td></td></tr> <tr><td>TEL:</td><td></td></tr> </table>	医療機関		科		担当医		FAX:		TEL:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">事業所</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">担当者</td><td></td></tr> <tr><td>TEL</td><td></td></tr> <tr><td>FAX</td><td></td></tr> </table>	事業所		所在地		担当者		TEL		FAX	
医療機関																					
科																					
担当医																					
FAX:																					
TEL:																					
事業所																					
所在地																					
担当者																					
TEL																					
FAX																					

日頃よりお世話になっております。下記の方の件につきまして(お尋ね・ご報告)します。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご回答をお願い致します。

【介護支援専門員】

<連絡理由>	
<input type="checkbox"/> 担当医との面談依頼	
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 (新規・更新・区分変更・事業所変更・その他) について	
<input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状について	
<input type="checkbox"/> 医療系サービスの導入について	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与について	
<input type="checkbox"/> その他	
<利用者>	
氏名	様 男・女 生年月日 年 月 日生(歳)
住所	
<要介護度> 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (認定期間 ~)	
<連絡事項>	
※添付ケアプラン <input type="checkbox"/> あり (第1表・第2表・週間計画表) 計 枚 <input type="checkbox"/> なし	

希望返信期日: 年 月 日

【担当医記入欄】

<返信事項>	
連絡事項の内容に	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 再度、検討ください <input type="checkbox"/> 意見・助言があります
年 月 日 担当医()	